1891.
Thesis Göttinger 1891

Ueber

Chorea chronica progressiva.

LANE MEDICAL LIBRARY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF. 94304

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

Hohen medicinischen Fakultät der Georg-Augusts-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

A. Dreves,
aus Wriedel.

Göttingen 1891.
Druck der Dieterichschen Univ.-Buchdruckerei.
W. Fr. Kaestner.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0234

Vor dem Jahre 1872, in welchem Huntington die leider verloren gegangene Veröffentlichung seiner in Long-Island beobachteten Fälle über Chorea hereditaria machte und mit dieser Arbeit, deren Inhalt als Auszug in den Schmidt'schen Jahrbüchern der Nachwelt überliefert ist, diese Krankheit als eine gesonderte von der gewöhnlichen Chorea verschiedene hinstellte, sind in der Litteratur, soweit sie mir zugängig war, nur einige wenige Aufzeichnungen zu finden, die unter die Rubrik der Huntington'schen Chorea eingefügt werden dürften. Angaben, wie sie Gondinet[1]) schon im Jahre 1807 von einem dem Weine sehr ergebenen alten Manne machte, bei dem im Alter von 63 Jahren Chorea eintrat, können bei den ungenügenden Aufzeichnungen keine etwas sichere Diagnose gestatten, obgleich ein Bruder des betreffenden Kranken Selbstmord beging, weshalb man wohl mit einigem Rechte an hereditäre Belastung denken kann. Eine grössere Bedeutung möchte ich der Einteilung der Krankheit in 2 Arten von Rufz[2]) beilegen, in eine acute und eine chronische, welche letzte sich ins Unbestimmte verlängere und dem Gebrauche aller therapeutischen Mittel widerstehe. Da der Autor jedoch keine bestimmten Unterschiede zwischen den Symptomen beider Arten angiebt, so erklärt sich Wicke[3]) im Jahre 1844 sehr

1) Annal. de la Soc. de Méd.-pr. de Montp. 1807.

2) Arch. génér. 1843.

3) Wicke, Versuch einer Monogr. des Veitstanz 1844.

heftig gegen diese Einteilung, da „der nicht in Genesung übergegangenen Fälle so wenige seien, dass es thöricht wäre, darauf eine Einteilung zu gründen“. Auch den Angaben gegenüber, dass nach den „unwillkürlichen Muskelbewegungen selbst Gedächtnissschwäche (?) und Verstandesschwäche (?) zurückbleiben“, verhält sich obiger Autor sehr zweifelhaft, wie aus den Fragezeichen, die er hinzusetzt, hervorgeht. Der Erste, der mit klaren Worten und mit Angabe der Symptome die Chorée chronique als eine eigene Unterart des Veitstanz hinstellt, ist Sée [1]). Er sagt in seiner preisgekrönten Schrift vom Jahre 1850: „Il existe, principalement chez les vieillards, chez les adultes, très rarement chez les enfants, de véritables chorées chroniques à marche continue, qui se prolongent indéfiniment sans aucune interruption et résistent presque toujours à tous les traitements. Les mouvements . . . . . se calment d'une manière plus complète par le somneil et la volonté et quelque fois même si bien, que les malades peuvent exécuter quelques travaux, pourvu cependant qu'on ne les observe pas avec attention . . . . . il est rare que la maladie . . . . vienne à prédominer d'un côté plus que de l'autre. Il est rare aussi de voir l'intelligence se perdre complétement. Quelques changements dans le caractère, une timidité extrême, parfois une légère diminution de la mémoire, se sont là les seuls phénomènes concomitants des désordres musculeux.“ In diesen Worten Sée's finden wir fast alle Zeichen der betreffenden Krankheit: Auftreten bei Greisen, selten bei Kindern, der chronische Verlauf ohne Unterbrechungen, die Widerstandsfähigkeit gegen alle therapeutischen Massregeln, ja selbst das differential-diagnostisch in letzter

1) Mem. de l'Acad. royale de Medec. 1850.

Zeit angeführte, höchst wichtige Symptom, dass unter dem Einflusse des Willens die choreatischen Bewegungen abnehmen, sodass einige Arbeiten von den Kranken verrichtet werden können. Um so mehr muss es auffallen, wenn wir von der Abnahme der Intelligenz und der Bevorzugung einer Seite, die der Autor als selten angiebt, absehen, dass derselbe einige Seiten darauf von der Heredität der Chorea im Allgemeinen redet, ohne auf die in der Regel vorhandene Erblichkeit der chronischen Chorea aufmerksam zu machen, obgleich er sagt: „Souvent la chorée se manifeste chez les enfants dont les parents sont doués d'un tempérament nerveux ou sujets aux neuralgies..... à l'aliénation mentale.

Auch Marcé kommt in seinem Buche: De l'état mental dans la chorée, zu dem Schlusse, dass die Freiheit von geistigen Störungen, deren sich nur ein Drittel der Choreakranken erfreue, weder durch das Alter noch Geschlecht noch durch den chronischen oder acuten Verlauf erklärt werden könne. In der Diskussion, die sich an die Vorlesung eines Auszuges obigen Werkes anschloss, erwähnt Trousseau [1]) eine chorée que M. Bouillaud et Duchenne de Boulogne ont récemment décrite sous le nom d'ataxie locomotrice progressive. Näheres über diese Veröffentlichungen habe ich mir nicht verschaffen können. Trotzdem nun auf so eingehende Weise diese Krankheit als eine von der Chorea Sydenhamii zu trennende hingestellt war, scheint doch Trousseau [2]) derselben keinen Wert beigelegt zu haben, denn in seiner klinischen Vorlesung vom Jahre 1868 erwähnt er zwar die Arbeit von Sée, doch nicht diese chronische Chorea, sondern scheint

1) Bulletin de l'Acad. de Méd. 1859.

2) Trossucau, médec. klin. 1868.

dieselbe vielmehr unter den Tumor senilis einreihen zu wollen.

Im Jahre 1869 machte dann Sander[1]) in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft mit klaren Worten auf die 2 Formen der Chorea aufmerksam: eine sehr chronische, unheilbare und ungehindert bis zum Tode bestehende oft mit Lähmungen und Geistesschwäche komplicierte, bei der die Section meist anatomisch wahrnehmbare Veränderungen des Centralnervensystems zeige, und dann die gewöhnliche meist Kinder befallende. Bei der ersteren steigern gewollte Bewegungen die Ataxie nicht. Auch in dieser Veröffentlichung wird die Erblichkeit der chronischen Form nicht weiter betont, und es ist das Verdienst Huntingtons zum ersten Male gerade auf diese Erscheinung der Krankheit aufmerksam gemacht zu haben, sodass er dieselbe sogar hiernach in vielleicht nicht sehr günstiger Wahl „Chorea hereditaria" nannte.

Wie wenig Beachtung jedoch diese Veröffentlichung Huntingtons fand und auf welche Zweifel seine Beobachtungen stiessen, das beweisst ein Passus in Ziemssens Werke vom Jahre 1875, in dem es in der Abhandlung über die Chorea minor heisst: Erbliche Uebertragung der Chorea kommt vor, ist aber offenbar selten. Huntington will . . . — es folgen die von dem Autor angegebenen Symptome — . . . und führe schliesslich zum Tode (?). Einige Jahre später teilt dann Berdinell die Krankengeschichten zweier Patientinnen mit von 46 resp. 43 Jahren, bei denen eine nicht zu verkennende Schwächung der Intelligenz und des Gedächtnisses, während der sich über lange Jahre hinziehenden Krankheit eingetreten sei, die keine Tendenz zur Heilung gezeigt

1) Arch. für Psych. 1869.

habe, ein Symptom, das glücklicherweise der Chorea der Kinder fehle. Er rät deshalb, die Prognose mit grosser Reserve zu stellen. Aus diesen Worten geht hervor, dass derselbe diese Krankheitsfälle in Vergleich setzt mit der Chorea Sydenhamii, ohne sie der Chorea Huntingtonii, von dessen Veröffentlichung der Autor vielleicht keine Kenntniss erhalten hatte, unterzuordnen. Im Jahre 1883 zählt dann Vassitch[1]) unter den 4 Formen der Chorea eine auf, „qui survient après trente ans, affecte les deux sexes avec une égale fréquence, reste le plus souvent incurable et entrône dans la sphère intellectuelle les plus graves désordres.“

In den Jahren 1884—1887 folgen sich nun schnell mehrere Veröffentlichungen, in denen die Chorea hereditaria als eine Krankheit sui generis hingestellt wird, so die Arbeit von Ewald[2]), der mit Bestimmtheit auf das Symptom des Nachlassens der choreatischen Zuckungen bei Intentionen hinweisst, dagegen sagt, es sei ungewöhnlich, dass die Kranken trotz der langen Dauer des Leidens weder körperlich noch geistig herunter kämen. Während Clarence King[3]) auf den charakteristischen, dem eines Betrunkenen ähnlichen Gang hinweisst, stellt Dejerine[4]) die Abschwächung der Intelligenz und Unfähigkeit zur Arbeit unter anderem als Symptome hin. Durch die folgenden Arbeiten von Peretti[5]), Huber[6]), Hoff-

---

1) Vassitch, Etudes sur les chorées des adultes. Thése de Paris 1883.

2) Zeitschrift für klin. Medicin, VII.

3) Dejerine, l'hérédité dans les maladie du système nerveux.

4) s. 3.

5) Berl. klin. Wochenschrift, 1885.

6) Virchows Archiv 108.

mann[1]), der den Namen Chorea chronica progressiva vorschlägt, und besonders die kürzlich erschienene von Huet[2]) wurde hierauf endlich nach diesem jahrelangen Hin- und Herschwanken, indem von den einzelnen Autoren bald auf das eine, bald auf das andere, von der gewöhnlichen Chorea abweichende Symptom aufmerksam gemacht war, andere Autoren sich diesen Veröffentlichungen gegenüber zweifelhaft, ja direkt abweisend verhalten hatten, der Ausschlag gegeben, und die Chorea hereditaria Huntingtons oder besser Chorea chronica progressiva als eine eigene Krankheit hingestellt.

Es sei mir gestattet, die hauptsächlichsten Symptome, wie sie bis jetzt beobachtet sind, kurz zusammen zu stellen. Als aetiologisches Moment steht oben an die Erblichkeit; die Krankheit tritt nur in bestimmten Familien auf, die sich oft durch grosse Mitgliederzahl auszeichnen. Dieselbe zeigt sich zum grössten Teile so, dass die Antecedenten ebenfalls an Chorea chronica progressiva gelitten haben, jedoch kommen häufige Ausnahmen von dieser Regel vor. Sowohl Idiotismus als auch andere Psychosen von den ausgesprochensten bis zu geringeren psychischen Abnormitäten, und Epilepsie, wenn auch selten, (Hoffmanns Fall Kärcher[3]), kommen bei den Vorfahren zur Beobachtung.

Hysterie in der Antecedenz scheint, soweit es sich bei der Schwierigkeit und der geringen Zahl der Beobachtungen feststellen lässt, ausgeschlossen zu sein.

Eine auffallende wohl zu beobachtende Erscheinung ist, dass, sobald ein Glied der befallenen Familie von

---

1) Virchows Archiv, 111.

2) Huet, de la chorée chronique.

3) Virchows Archiv, 111.

der Krankheit verschont geblieben ist, auch dessen Nachkommen gegen die Erkrankung immun sind. Ein diesen Satz nicht bestätigender Fall ist bis jetzt nicht beobachtet. Das Geschlecht spielt wohl eine nebensächliche Rolle, obwohl die Statistik der bis jetzt bekannten Fälle ein etwas häufigeres Vorkommen beim männlichen Geschlechte zeigt. Hingegen ist das Alter von der grössten Bedeutung. Es kommen von den beobachteten Erkrankungen 14% auf das Alter unter 30 Jahren, 67% auf die Jahre 30—50, die übrigen 19% auf die Jahre über 50.

Als Ursache, durch welche die Krankheit bei den belasteten Individuen hervorgerufen wird, findet sich einige Male ein heftiger Schreck angeführt, nach welchem die Krankheit sofort ausbrach; im Uebrigen tritt die Krankheit so allmählich auf, dass deren Anfänge gar nicht beobachtet werden. Schwangerschaft hat keinen Einfluss weder auf den Beginn noch auf den Verlauf der Krankheit; Rheumatismus und Herzfehler spielen keine Rolle. Auf den Nachahmungstrieb, welcher sich ebenso wie Rheumatismus, Herzfehler und Gravidität oft als aetiologisches Moment zeigt, ist hier kein Gewicht zu legen.

Ob als erstes Symptom, wenn wir von der Chorea bei Idioten absehen, die Abschwächung der Intelligenz, welche bei einzelnen wenigen Kranken jedoch fehlen zu können scheint, oder die Muskelunruhe eintritt, ist schwer zu sagen, da besonders die ersten Zeichen der sinkenden Geistes- und Gedächtnisskräfte, noch dazu verdeckt durch die choreatischen Bewegungen, die den Kranken stets ein wunderbares, um nicht zu sagen lächerliches Aussehen geben, von Laien leicht übersehen werden. Jedoch scheint meistens die Muskelunruhe das erste Symptom der Erkrankung zu sein. Als wichtiges, differential-diag-

nostisch sehr wertvolles Zeichen ist das Nachlassen, ja gänzliche Aufhören der choreatischen Bewegungen bei Willensimpulsen zu bezeichnen, ein Symptom, das bis jetzt bei sämmtlichen Kranken, bei denen auf dasselbe geachtet wurde, zur Beobachtung kam. Die Bewegungen unserer Krankheit, einbezüglich der Verstärkung derselben unter psychischem Einflusse unterscheiden sich sonst in nichts von denen der gewöhnlichen Chorea. Sämmtliche Organe, die dort ergriffen werden können, werden auch hier afficiert

Eine einseitig stärker hervortretende Affektion, ebenso das hauptsächliche Befallensein der unteren oder oberen Extremitäten und des Kopfes sind beobachtet, gehören aber augenscheinlich nicht zu den gewöhnlichen Symptomen. Die Abnahme der psychischen Fähigkeiten zeigt sich meist durch Schwächung des Gedächtnisses und der Intelligenz; auch Niedergeschlagenheit bis zum Selbstmordstrieb, maniakalische Aufregung, Verfolgungsideen und Hallucinationen, letztere beiden Erscheinungen seltener, wurden beobachtet. Ein Fall von moralischem Defect bei intakter Intelligenz und ohne Spur eines Gemütsleidens oder Verfolgungswahnes, den v. Kraft-Ebing mitteilt, scheint mir von besonderem Interesse zu sein. Bei einigen wenigen Kranken ist eine psychische Alteration nicht aufgetreten. Die Sensibilität, sowie die Funktion der Sphincteren ist nur selten gestört. Die Sehnenreflexe sind meist erhöht. Muskelatrophie entsteht nicht im Verlauf der Krankheit. Die Untersuchungen der übrigen Organe des Körpers ergeben nichts Characteristisches. Die Atmung steht oft unter dem Einfluss der choreatischen Bewegungen, der Puls wird meistens als etwas frequent angegeben.

Die Krankheit hat einen ausgesprochen chronischen Verlauf und führt stets zum letalen Ausgang. Therapeu-

tische Massregeln haben nie den gewünschten Erfolg gehabt; nur einmal begegnen wir in der Litteratur der Angabe, dass der Gebrauch von Hyoscin und Arsen die choreatischen Bewegungen vorübergehend gebessert habe.

Folgende 3 Fälle, die ohne Zweifel als Chorea chronica progressiva anzusprechen sind, kamen in kurzen Zwischenräumen auf der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt zur Beobachtung und verdienen wohl teils wegen der immerhin noch geringen Zahl der bis jetzt bekannten Krankheitsfälle dieser Art, teils weil sie manches Neue oder bisher selten Beobachtete bieten, veröffentlicht zu werden.

I. Fall.

Franziska Adam aus Hilkerode, verheiratet, stammt aus einer hereditär erheblich belasteten Familie. Ihre Grossmutter mütterlicherseits hat ebenfalls in ihren letzten Lebensjahren an Chorea gelitten. Die Mutter ist im Alter geistesschwach gewesen und hat an veitstanzartigen Krämpfen gelitten. Auch bei einer Schwester der Patientin soll sich seit einiger Zeit geistige Schwäche zeigen; dieselbe leidet gleichfalls an choreatischen Krämpfen. 2 Kinder der Adam sind gesund.

Unsere Patientin ist ehelich geboren am 27. December 1839 in ihrem letzten Aufenthaltsorte Hilkerode; sie ist katholischer Konfession. Früher ist sie gesund und eine fleissige und verständige Frau gewesen. Verheiratet ist sie mit einem Handelsmann, der nur sporadisch sich zu Hause aufhält. Vor ihrer Verheiratung hat sie einmal geboren. Das Kind soll im Alter von 3 Jahren an den Scheuerchen gestorben sein. Seit dem Jahre 1886 leidet die Kranke am Veitstanz. Im Sommer 1889 wurden zuerst bei ihr Spuren geistiger Störung wahrgenommen. Sie ging viel und ohne Zweck ins Feld und liess ihr Haus ohne Aufsicht. Dann im Herbst wurde sie ruhiger;

Tags sass sie still auf ihrem Platze, ohne Klagen zu äussern. Sobald jedoch Nachbarinnen sie besuchen wollten, wurde sie bös und verlangte, dass dieselben wieder fortgingen. Besonders konnte sie keine Kinder leiden. Nachts war sie immer unruhig, glaubte stets, es seien Kinder vor ihrem Hause, die dort lärmten und ins Fenster sähen. Dann sprang sie aus dem Bette, um die Kinder fortzujagen und hatte sich einmal einen Eimer mit Wasser und einen Nachttopf mit Inhalt zurechtgestellt, um die Ruhestörer damit zu überschütten. Sie schalt dann ihren Mann, dass derselbe die Kinder nicht prügele und fortjage, und da dieser ihr natürlich nicht helfen konnte, wurde sie böse, nahm, was sie greifen konnte, und schlug damit auf ihren Mann ein, den sie öfters verletzte.

Am 6. Februar 1890 wurde sie in die hiesige Provinzial-Irrenanstalt aufgenommen. Nach ihrer Einlieferung war sie nur die ersten Minuten ruhig, dann fing sie an nach der Thüre zu drängen, schrie, sie wolle nach Hause, ihr Mann warte auf sie. Ebenso wie ihre Sprache polternd ist, und die Worte stossweise hervorgebracht werden, weshalb die Kranke meist nicht verstanden werden kann, haben alle ihre Bewegungen den Charakter der Chorea. Ihr Gesicht zeigte einen ängstlichen Ausdruck. Da sie im Bette nicht gehalten werden konnte, wurde sie in die Zelle gebracht. Dort war sie die erste Zeit sehr unruhig, lief hin und her, schrie oft laut und schlug an die Thür. Bei ihrem Herumtaumeln in der Zelle fiel auf, dass sie meist nach der linken Seite hinüberfiel. Die Arme sind in steten plötzlich und stossweise auftretenden Bewegungen, ebenso wird der Kopf oft nach hinten geworfen, und es treten Verzerrungen des Gesichts hervor. Bei Annäherung äusserte sie heftige Aufregung. Den Puls zu fühlen war kaum möglich, derselbe schien

klein zu sein. Um ihr Essen beizubringen musste sie am ersten Tage gehalten und gefüttert werden. Nach einigen Tagen wurde sie ruhiger, wurde mehrere Male im Seegras sitzend gefunden. Dann murmelte sie meist unverständliche Worte stossweise und polternd vor sich hin. Die Arme, der Kopf und die Gesichtsmuskeln waren in steter choreatischer Bewegung. Bei Annäherung von anderen Personen äusserte sie noch Erregung. Sie ass allein, doch ungenügend, wahrscheinlich weil die Nahrungsaufnahme durch die stossweise ausgeführten Bewegungen des Armes erschwert wurde. Brod brockte sie sich erst ein, dann nahm sie den Löffel von einer Hand in die andere, führte ihn rasch halbwegs zum Munde und that ihn dann zurück in den Becher. Dieses Manöver führte sie oft aus, bis es ihr mit plötzlicher, rascher Bewegung gelang, den Löffel in den Mund zu schieben, worauf ihre Züge eine gewisse Befriedigung ausdrückten. Sobald sie glaubte, nicht beobachtet zu werden, ging die Nahrungsaufnahme leichter von statten. Gegen das Gefüttertwerden, sträubte sie sich heftig. Während sie die erste Nacht nicht schlief, besserte sich der Schlaf nachher von einer Nacht zur anderen. Die Temperatur war stets erhöht, sie schwankte zwischen 37,6° und 38,2° C.

Der Versuch, sie tagsüber aus der Zelle zu nehmen, der am 11. Februar gemacht wurde, gelang; sie sass ruhig auf der Bank, jedoch mit den oben beschriebenen steten choreatischen Zuckungen, und liess sich sogar, wenn auch unter fortwährendem Protest, füttern.

Bei Gelegenheit einer klinischen Vorstellung am 13. Februar zeigte sich Folgendes: Die Patientin kam nur unter Sträuben herein. Die Daten ihres Lebens, die Dauer der Krankheit, sowie die sonstigen Angaben stimmten mit der oben mitgeteilten Anamnese überein. Sie war sehr

schwatzhaft und heftig in ihrem Verhalten, und zeigte starke choreatische Bewegungen, wobei die Zuckungen der rechten Seite heftiger waren. Die Zunge konnte sie nur stossweise auf einen kurzen Augenblick zeigen. Ein Glass Wasser, das ihr gereicht wurde, trank sie hastig mit Unterbrechungen. Das Meiste von dem, was sie sagte, war wegen ihrer polternden Sprache unverständlich; von Zeit zu Zeit sagte sie: „Mein Mann ist hier, will abholen“. Dabei zeigte sie unter den Tisch. Auch hörte sie ihn „Franziska“ rufen und meinte, er lauere vor der Thür. Die Pupillen reagierten beiderseits bei Accommodation und Lichteinfall.

In der nächsten Zeit zeigte die Patientin durchweg dasselbe Verhalten. Im allgemeinenwar sie ruhig, schlief nachts gut und sass am Tage ruhig in einem Sessel, den rechten Arm in beständigen, leicht zuckenden Bewegungen, die sofort an Heftigkeit zunahmen, sobald sie sich beobachtet wusste. Sie ass allein und führte den Löffel in einigen Absätzen zum Munde. Gefragt gab sie, soweit sie verständlich war, richtige Antworten. Leichte Exempel, wie 5×3 beantwortete sie richtig, bei schwereren sagte sie, das hätte sie in der Schule nicht gelernt. Zuweilen zeigte sie in ihren Antworten, auch nach Aussagen anderer Kranker einen neckischen Zug. Der Aufforderung, die Hand zu geben, kam sie nur auf eindringliches Zureden hin nach, wobei dann die choreatischen Bewegungen bis auf ein Minimum herabgedrückt wurden. Sobald sie morgens sich an- oder abends sich ausziehen sollte, oder wenn in den Garten gegangen wurde oder wieder auf die Abteilung zurück, wurde sie heftig, schlug, wehrte sich, ohne jedoch jemals ihre Kleider zerrissen zu haben, und schimpfte in den gemeinsten Ausdrücken. Am heftigsten wurde sie, wenn sie gebadet werden sollte,

sodass sogar einige Male hiervon Abstand genommen werden musste.

Bei einer zweiten klinischen Vorstellung im Mai 1890 gab sie vollkommen vernünftige Antworten: Ihr Mann sei nicht hier. Die Schriftzüge desselben in einem Briefe erkannte sie sofort, drehte dann den Brief um, wo die Antwort auf denselben stand und sagte: „Das hat der Doctor geschrieben“ und schien darauf den Brief zu lesen. Nur bei Erwähnung der Kinder wurde sie wieder etwas erregt.

Eine Darreichung von Sol. Arsen. Fowl., die im Juni stattfand, hat durchaus keine Veränderung zu erkennen gegeben.

Vom September an ist die Patientin erkrankt mit Lungenerscheinungen, Husten, übelriechendem und reichlichem Auswurf und Rasselgeräuschen mit wechselnder Intensität. Die Temperaturcurve, die zeitweise zur Norm zurückkehrt, zeigte einen ganz atypischen Character mit Erhöhungen bis zu 40,5° C.

Febr. 1891. Die Kranke liegt im Bett. Die Erscheinungen der Lungenkrankheit haben nachgelassen, doch ist Pat. sehr schwach. Die choreatischen Bewegungen sind nicht in derselben Stärke vorhanden, doch noch sehr ausgeprägt. Wenn sie unbeobachtet vor sich hinliegt, so treten sie nur ganz leicht auf, sie werden jedoch sofort stärker, wenn sie angeredet wird. Patientin wirft dann den Kopf hin und her, macht die Augen auf und zu und presst den Mund zusammen, um ihn gleich darauf schmatzend wieder zu öffnen. Auch die Arme sind in steter Bewegung. Sie kann sich nicht selbst aus- und anziehen und ist zeitweise sehr unreinlich. Das Herz ist nicht vergrössert, die Herztöne sind rein, der Puls macht 64 Schläge in der Minute. Die Atmung ist unregelmässig, die In-

spiration heftig und kurz, die Exspiration länger, oft in Absätzen. Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, weigert sie sich mit den Worten: „Mag die Zunge nicht zeigen, anderer Doktor auch nicht gesehen.“ Ihre Sprache ist bedeutend undeutlicher geworden, kaum noch verständlich, und hat den früheren polternden Charakter behalten. Soweit sie verstanden werden konnte, gab sie richtige Antworten; sie erzählt, sie habe 2 Brüder, die in Lüneburg seien und eine Schwester, welche auch verheiratet sei. Auf Nadelstiche reagiert sie schwach, sieht aber mit verdriesslichem Gesicht nach der Stichstelle. Der Gang der Patientin ist zunehmend schlechter geworden, sie taumelt dabei nach allen Seiten. Bei Intention lassen die charakteristischen Zuckungen bedeutend nach. Ihre zeitweisen Erregungszustände sind dieselben.

II. Fall.

Elisabeth Schulze, Häuslingsfrau aus Leesthal wurde aufgenommen am 28. April 1890. Die Mutter und 2 verheiratete Schwestern der Kranken haben an derselben Krankheit (apathischer Blödsinn mit Chorea) gelitten; erstere inklinierte dazu Feuer anzulegen. Dagegen ist ein jetzt noch lebender Bruder gesund. Die Patientin, welche am 5. Nov. 1838 geboren wurde, entwickelte sich körperlich und geistig normal. Seit 26 Jahren ist sie verheiratet und hat 4 bis jetzt gesunde, erwachsene Kinder, während eine Tochter im Alter von 3 Jahren an Rachenbräune starb. 2 Söhne befinden sich in Amerika. Vor etwa 10 Jahren bekam sie Gliederschmerzen; sie konnte nicht gehen und arbeiten. Gleich nach dieser Krankheit traten die ersten choreatischen Bewegungen auf. Im August 1889 brach melancholische Stimmung aus, in welcher sie sich verschiedene Male zu ertränken suchte. Als Grund ihres ersten Selbstmordversuches gab

sie an, ihr Mann habe sie geschlagen. Letzterer war aber in jener Zeit gar nicht daheim. Zu Hause lag sie fast immer im Bette, stand selten auf, meldete sich aber, wenn sie zu Stuhl oder Wasser lassen wollte.

Status praesens: Die Patientin ist von mittlerer Statur und schlechtem Ernährungszustande. Körpergewicht: 52,5 kg. Das Gesicht hat einen apathischen Ausdruck und ist gedunsen. Die Stirn ist niedrig, der Kopf wenig und kurz behaart. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall nur träge. Der linke Mundwinkel steht etwas tiefer als der rechte. Am linken Unterkiefer befindet sich eine grössere Hautnarbe, die sich retrahiert hat. Während der Untersuchung ist das Gesicht in beständiger, grimassierender Bewegung, bei der sich beide Gesichtshälften gleich beteiligen, und wird die Unterlippe oft nach rechts hin verzogen. Die Herztöne sind dumpf und leise, ohne Geräusch; der Puls ist klein und leicht zu unterdrücken. Die Untersuchung der übrigen Organe ergab nichts von der Norm Abweichendes. Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, machte sie zuerst verschiedene Bewegungen mit den Lippen und dann wird die Zunge stossweise herausgestreckt. Die Arme der Patientin befinden sich in steter, bald stärkerer, bald geringerer Bewegung, der rechte etwas stärker als der linke. Die Bewegung ist eine stoss- oder schleuderähnliche. Aufgefordert, die Hand zu geben, gelingt ihr dieses leicht, jedoch werden hierbei verschiedene Excursionen mit dem Arme seitlich, vor- oder rückwärts gemacht. Ein Glas Wasser nimmt sie hin, als es ihr in die Hand gegeben wird, sie führt es jedoch nicht zum Munde. Als ihr das Glas geführt wird, hält sie dasselbe ganz still, macht dann aber beim Trinken in sämmtlichen Gesichtsmuskeln starke Mitbewegungen. Ebenso gelingt es ihr, etwas zu ergreifen, nur mit ausge-

sprochen choreatischen Bewegungen, die zuerst sehr heftig sind, während des Actes des Ergreifens jedoch bald nachlassen. Die Kraft der Armmusculatur beim Drücken der Hand ist sehr gering. Allein zu gehen ist ihr nicht möglich, bei starker Unterstützung setzt sie schlürfend einen Fuss langsam vor den anderen. Patientin vermag allein zu essen, doch nur langsam und führt hierbei den Löffel absatz- und stossweise zum Munde. Diese choreatischen Bewegungen, die, sobald die Kranke sich beobachtet weiss, stärker werden, cessiren im Schlaf vollständig. Patientin macht einen niedergedrückten Eindruck, sie stöhnt öfters leise, den Kopf hält sie nach rechts.

Nur die Fragen, woher sie sei und ob sie verheiratet sei, beantwortet sie richtig, auf sämmtliche andere Fragen, wie: ob sie Kinder habe, wie alt sie sei etc. etc., hat sie nur die eine mit klangloser, müder Sprache langsam hervorgebrachte Antwort: „Das weiss ich nicht einmal“. Sagt man ihr dann die Antwort, und fragt sie, ob das richtig sei, so meint sie: „Das mag wohl sein“. Ihre Gesichtszüge verraten während der ganzen Untersuchung kaum eine Beteiligung, sondern behalten den apathischen Ausdruck. Nur als sie Männern, die vor dem Fenster gruben, zusah, heiterte sich ihr Ausdruck etwas auf. Auf Nadelstiche in die Hände, die Schultern macht sie nur geringe abwehrende Bewegungen, bei Annäherung an die Nase sind letztere stärker. Sie sieht jedoch auf die Stichstelle hin.

Die Patellarsehnenreflexe sind beiderseits sehr verstärkt.

Während der ersten Zeit ihres Aufenthaltes in der Anstalt ist ihr Verhalten ein merkwürdig gleiches geblieben. Der Appetit und Schlaf war stets ein guter. Sie war reinlich. Tagsüber sass sie stets mit demselben

Gesichtsausdruck in einem Lehnstuhle in sich zusammengesunken, den Kopf auf die Brust geneigt. Um ihre Umgebung bekümmerte sie sich garnicht; sie sprach nie, nur wenn sie angeredet wurde, sagte sie zuweilen die stereotypen Worte: „Das weiss ich nicht einmal“. Während sie die erste Zeit beim Gehen stets geführt werden musste, geht sie jetzt oft allein. Ihr Gang ist taumelnd bald nach vorn und hinten, bald nach der Seite. Sie zieht sich ohne wesentliche Hülfe an und aus.

Mitte Januar wurde sie eines Tages ohne Veranlassung plötzlich auf der Treppe liegend gefunden. In die Stube zurückgebracht, zeigte sie sich sehr erregt, schimpfte heftig und suchte eine andere Kranke zu schlagen. Seit dieser Zeit zeigt sie zwar meistens das gleiche apathische Verhalten wie früher, liegt mit dem Kopfe auf dem Tische; sobald sie jedoch angeredet wird, ins Bett gebracht werden soll oder sonst aus ihrer Ruhe gestört wird, wird sie sehr heftig, wirft sich platt auf die Erde, schimpft und schlägt um sich. Um zu Stuhl zu gehen, meldet sie sich stets, auch giebt sie an, ob sie noch hungrig sei. Dass sie überhaupt versteht, was von ihr verlangt wird, zeigte sie, indem sie aufgefordert ein Knie über das andere legte. Auch eine Bleifeder nahm sie in die Hand, ohne jedoch etwas zu schreiben, nur machte sie einige unregelmässige, aber ziemlich gerade Striche aufs Papier. Im übrigen verhält sie sich vollkommen teilnahmlos und giebt keine Antwort. Zuweilen spricht sie vor sich hin, z. B.: „Oh, so'n Swien, mut int Swienhus, so'n Grossmutter“. Sie zieht sich weiter selbst aus und an. Die choreatischen Bewegungen, die bei Willensimpuls stets geringer werden, sind im Grossen und Ganzen nicht mehr so stark wie zu Anfang, doch noch sehr deutlich, besonders bei psychischen Erregungen vorhanden. Dieselben

treten in der Ruhe hauptsächlich in den Mundmuskeln und in denen der Arme auf.

III. Fall.

Johann Friedrich Meyer, Dienstknecht aus Kehdingbruch, recipiert am 28. Aug. 1890.

In Bezug auf die Grossmutter des Patienten mütterlicherseits sagt ein Physikatsgutachten vom Jahre 1857, folgendes: „Um die Erziehung ihrer Kinder kümmerte sie sich wenig, sondern lief lieber auf die Nachbarschaft und hielt sich bei Bekannten auf, um die Zeit zu verplaudern, mit grösster Vernachlässigung ihres Hauswesens. War sie auch eben nicht irrsinnig zu nennen, so erregte sie doch durch ihr Betragen, das von dem anderer Leute ihres Standes sehr abwich, das Aufsehen der Leute, da sie meistenteils unordentlich gekleidet und schmutzig einherging, was auch auf die älteste ebenfalls verheiratete Tochter (Mutter des Patienten) übergegangen zu sein scheint. Dieselbe ist geistig nicht normal, sie ist erst eine kräftige Frau gewesen, magerte dann Ende der 30er Jahre ab und betrug sich äusserst wunderlich. Sie vernachlässigte alles, kam nicht wieder nach Hause, wenn sie ausgegangen war, sodass sie nicht allein gelassen werden konnte. An Krämpfen oder sonstigen Neurosen hat sie nicht gelitten. Sie starb im 42. Lebensjahre.

Die II. Tochter war fleissig und ordentlich und stets gesund. Nach dem letzten Wochenbette jedoch im Jahre 1855, während dessen sie oft über Kopfschmerzen und Andrang des Blutes nach dem Kopfe geklagt hatte, änderte sich ihr Zustand plötzlich. Sie klagte über grässliche Angst, sodass sie Umgang mied, sie sprach irre, und entlief ihrem Manne oft. Sie wurde immer mehr in sich gekehrt, vernachlässigte den Haushalt, die Kinder und ging selbst schmutzig einher. Dabei zeigte sie Hang zur Verschwen-

dung. Bei Widerspruch wurde sie sehr aufgeregt und heftig". — In der Anstalt zu Hildesheim, in der sie im Jahre 1855 aufgenommen wurde, zeigte die Kranke ein wechselndes Bild. Bald war sie ängstlich, meist jedoch trug sie ein heiteres Wesen zur Schau, war sogar oft so maniakalisch, dass die Zwangsjacke in Anwendung gebracht werden musste. Dabei zeigte sie oft Ideenflucht und hallucinierte oft heftig. Gegen das Ende ihres Lebens wurde sie sehr unreinlich, schmierte und ass ihre Sputa. Sie starb an Lungenschwindsucht nach $2^3/_4$jährigem Aufenthalt in der Anstalt, 33 Jahr alt.

Unser Kranker besitzt einen Bruder, der bis jetzt gesund gewesen ist. Jedoch litt eine jetzt 9jährige Tochter dieses Bruders im Jahre 1887 von Pfingsten bis Michaelis an mehrere Male des Tages auftretenden Anfällen. Sie sagte plötzlich: sie könne nicht sehen, warf sich zur Erde und bekam allgemeine Convulsionen ohne Bewusstseinsstörung. In der Zeit zwischen den Anfällen hatte sie nichts Auffallendes. Nach Gebrauch von Bromkali besserte sich der Zustand und es ist keinerlei Störung zurückgeblieben. Eine zweite 7 Jahre alte Tochter bekam im Sommer 1889 ohne besondere Veranlassung ebenfalls mehrmals täglich Anfälle von Angst, in denen der Ringfinger der rechten Hand sich krampfhaft beugte und etwa $^1/_4$ Stunde in dieser Stellung festgehalten wurde. Die zugehörige Partie des flexor digitorum fühlte sich in der ganzen Ausdehnung bis gegen das Ellenbogengelenk hin hart an, sodass also ein wirklicher Muskelkrampf vorlag und nicht nur ein federnder Finger. Die Affection wurde damals beseitigt, soll indessen neuerdings wieder einige Male infolge von Aufregung eingetreten sein.

Friedrich Meyer ist geboren am 28. Februar 1853, ist lutherischer Confession. Patient zeigte in seiner Jugend

anscheinend keine Eigentümlichkeiten. Im Jahre 1878 wurde er zum zweiten Male zum Militär eingezogen. Als er dann nach Hause kam, arbeitete er nicht mehr recht, musste daher oft den Dienst wechseln und kam immer mehr herunter. Nachdem ihm vor 3 Jahren eine Erbschaft von 250 Mk. ausgezahlt war, arbeitete er garnicht mehr und wurde, da er Neigung zum Vagabondieren zeigte, seit 1889 im Werkhause zu Neuhaus untergebracht. Den Verlust seiner Freiheit empfand er nicht im Mindesten. Es fehlte ihm jeder Drang zur Arbeit; liess man ihn gewähren, lag er bis Mittag im Bett. Zum Waschen, Kämmen und Reinigen seiner Kleider musste er besonders angehalten werden. Aufgetragene Arbeit machte er nie ordentlich und lief davon, wenn er ohne Aufsicht war. Zeitweise soll Patient geschlechtlich excediert haben, ein Trinker war er nicht. Die choreatischen Bewegungen traten sofort beim Beginn seiner Erkrankung auf, haben sich aber stetig gesteigert.

Status praesens: Patient ist ein sehr magerer, mittelgrosser Mann von gracilem Knochenbau. Die Farbe seines Gesichts ist blass, er sieht älter aus, als er ist und der Ausdruck ist ein apathisch blödsinniger. Er zeigt am ganzen Körper ohne Bevorzugung einer Seite, besonders aber an den Armen und in der Muskulatur des Gesichtes und des Halses grosse Unruhe, die sich während der Untersuchung steigerte. Mit den Armen wurden unaufhörlich grössere und kleinere, oft zuckende oder stossweise ausgeführte zwecklose Bewegungen gemacht. Beim Essen wurde der Löffel ziemlich ruhig nur mit sehr geringen unterbrechenden Bewegungen langsam bis in die Nähe des Mundes geführt, um dann mit einem Ruck in denselben eingeführt zu werden. Dabei wurde der Mund stets in jeder Richtung hin verzogen, bald gespitzt, bald

schmatzend geöffnet. Auch die übrige Musculatur des Gesichtes war in steter Bewegung. Der Kopf wurde bald nach hinten, bald nach einer Seite bewegt. Aufgefordert zu pfeifen, brachte er dieses nach mehreren Ansätzen mit Bewegungen der unbeteiligten Gesichts- und Halsmusculatur schliesslich schwach zu stande. Ebensolche Bewegungen traten bei der Aufforderung, die Stirn zu kräuseln, ein, nur dass er dies nicht fertig brachte, obgleich er die Hand zu Hülfe nahm. Es traten nur minimale momentane Zuckungen in der Stirn auf. Die Zunge wurde ebenfalls in einigen Absätzen und nach vorangegangenen, vergeblichen Versuchen schliesslich wenig, aber gerade herausgestreckt. Unter der Nase befindet sich eine gerade schmale, von oben rechts nach unten links quer über die Mittellinie hin, die ganze Breite der Oberlippe einnehmende Narbe; eine ebensolche etwa 6 cm. lange und in derselben Richtung verlaufende endet zwischen den Augenbrauen. Patient erzählte, ein Pferd habe ihn dort gebissen, er habe sehr stark geblutet.

Die Pupillen sind beiderseits gleich und reagieren sowohl bei Acommodation als auf Lichteinfall. Die Augenmuskeln zeigen keine choreatischen Bewegungen. Die rechte Nasolabialfalte ist ausgeprägter wie die linke, der rechte Mundwinkel steht um ein Geringes tiefer als der linke. Der Schädel ist symmetrisch gebaut, kuglig, die Stirn ist niedrig. Mit der Sprache stösst der Kranke sehr an, er wiederholt oft Worte mehrere Male, dann wieder spricht er eine Reihe von Wörtern rasch hintereinander. Einzelne Worte betont er sehr stark, als ob er sie mit Gewalt herausholen müsste.

Die Herztöne sind sehr leise und dumpf, doch ohne Geräusche. Der Herzschlag ist sehr verlangsamt, 44—48 Schläge in der Minute, und zeigt intermittirenden Cha-

racter. Der Puls ist sehr klein; beim Fühlen desselben stören die sich oft anspannenden Beugesehnen und die Bewegungen des ganzen Armes.

Die Untersuchung der Lunge und der Bauchorgane ergab keine von der Norm abweichende Resultate, nur war die Inspiration heftig, verkürzt, dagegen die Expiration langsamer und oft in Absätzen erfolgend.

Die Patellarsehnenreflexe waren beiderseits verstärkt.

Beim Gehen traten Schwankungen auf. Patient ging, als ob er leicht angetrunken sei mit etwas schlenderndem Gang, der bald langsamer, bald rascher war. Bei geschlossenen Augen und zusammengestellten Füssen traten kaum Schwankungen auf.

Bei der Berührung mit einer Nadel geriet der Patient in grosse Aufregung: „Das ist, das ist, Höllenstein, Höllenstein.“ Dabei machte er ein sehr ängstliches Gesicht, besonders wenn man mit der Hand in seine Nähe kam. Als ihm die Nadel gezeigt wurde, meinte er: „Ach so, ach so, eine, eine Nadel.“ Knopf und Spitze wurden deutlich unterschieden, auch localisierte der Kranke die Stiche und Berührungen genügend.

Die Intelligenz ist sehr gering. Die Frage, wie viel 2 und 3 sei, wird oft in heiterem, etwas neckischem Tone wiederholt, bis schliesslich nach geraumer Zeit als Antwort 6 kommt. Später beantwortete er sie richtig. $2 + 1 = 4$. Er glaubt, sich in Bremen zu befinden; dass er in Göttingen sei, scheint ihm mehr als zweifelhaft. Die jetzige Jahreszahl ist 1888, als das verneint wurde, 1892. Jedoch weiss er, in welchem Kreise sein Heimatsort liegt. Lesen vermag er nur mit grosser Anstrengung: „Das Reis, das deutsche Reichs, Reichspostor, Reichspostor, Reichspost, deutsche Reichspost,“ liesst er schliesslich die Aufschrift einer Postkarte. Nach langen

Vorbereitungen, indem er bald das Buch, das zur Unterlage dient, so, bald so legt, bald auf dem Papiere hier, bald da ansetzt und wiederholt fragt: „Hierhin soll ich schreiben?“, setzt er an und schreibt das M seines Namens bis auf den letzten Haken, setzt dann plötzlich ab, macht hierauf rasch den Haken und den ersten Strich des e, dann den zweiten wieder mit plötzlichem Absetzen und so fort. Vorher buchstabierte er das Wort einige Male: M-e-y-e-r, schrieb aber trotzdem: Meier. Die Stimmung des Patienten ist eine zufrieden heitere, er ist sehr lenksam. Er liegt den ganzen Tag ruhig vor sich hin.

5. September. Abends betrug die Pulsfrequenz 84.

13. September. Der Puls macht im Durchschnitt 88 Schläge in der Minute.

Februar 1891. Patient kommt sichtlich körperlich und geistig herunter. Die choreatischen Bewegungen sind sich ziemlich gleich geblieben. Bei Willensimpulsen hören sie auf; so liegt z. B. die rechte Hand, die vorher noch die stärksten Bewegungen machte, beim Schreiben ruhig auf dem Papier. Die Schriftzüge sind unregelmässig, zeigen nur geringe Excursionen, die gegen das Ende bedeutend zunehmen, da Patient aufgefordert wurde, die Bleifeder wieder herzugeben, trotzdem aber darauf bestand, seinen Namen auszuschreiben. Das Wort Meyer ist infolgedessen nicht zu lesen. Die Weitläufigkeit des Patienten hat bedeutend zugenommen, oft scheint er aber auch einem Wunsche deswegen nicht nachzukommen, weil er ihn nicht versteht; erst wenn er wiederholt wird, sagt er z. B.: „So, so, hinsetzen soll ich mich.“ Die Sprache ist oft heftig abbrechend, bald mehrere Worte rasch hintereinander herauspolternd, oft wiederholt er Silben. Er meint, er habe die Gicht, sei kurzatmig. Knopf und Spitze einer Nadel kann er nicht von einander unterscheiden.

Seinen Namen und seine Heimat giebt er richtig an, darüber hinaus werden seine Angaben falsch. Seinen Rock zuzuknöpfen vermag er mit ziemlicher Leichtigkeit.

Was die Heredität in den vorliegenden Fällen betrifft, fällt bei den beiden weiblichen Kranken auf, dass in dem Stammbaum der Patientinnen sich die Krankheit stets nur auf die weiblichen Angehörigen der Familie fortgepflanzt hat, während wir von den männlichen Mitgliedern zum Teil wissen, dass sie gesund sind, zum Teil dieselben sich der Beobachtung z. B. durch Auswanderung entzogen haben. Dabei litten sämmtliche Erkrankte an Chorea chronica progressiva; es wird bei der Frau Schulze ausdrücklich vermerkt, dass die Mutter und Grossmutter der Patientin an derselben Krankheit, apathischem Blödsinn mit Chorea gelitten haben. Ein ähnlicher Fall ist nur in der Familie Kraatz [1]) von Ewald beschrieben; dort sind auch die weiblichen Mitglieder der Familie erkrankt, die männlichen frei. In allen übrigen mir zugänglichen Beobachtungen ist eine Uebertragung von einem Geschlecht nur auf das gleiche nicht vorhanden, sondern beide Geschlechter sind gleichmässig befallen. Daher ist wohl in diesen 3 Fällen, bei denen dazu noch die Krankheit sich auf eine geringe Anzahl von Individuen beschränkt, diese Erscheinung als eine nebensächliche, nur zufällige anzusehen und würde sich vielleicht nicht bestätigen, wenn die Lebensgeschichte auch der männlichen Individuen besser bekannt wäre oder wenn die weitere Entwickelung der Familie verfolgt wird.

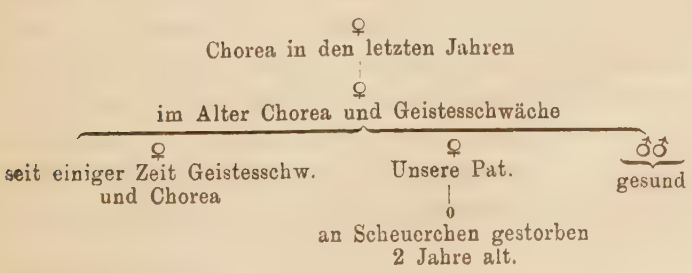
Im Gegensatz zu diesen beiden finden wir im dritten Falle (Meyer) kein Mitglied der Familie, soweit es be-

---

1) Ewald, 2 Fälle von choreat. Zwangsbeweg.

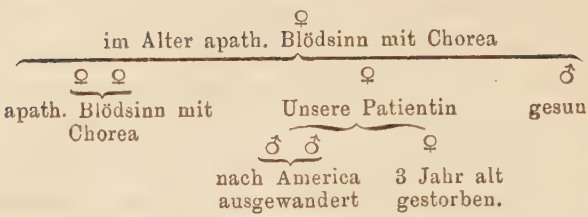
kannt ist, bislang von der Chorea hereditaria befallen. Dagegen treten bei sämtlichen Familienmitgliedern psychische Eigentümlichkeiten, ja man kann wohl behaupten Erkrankungen auf, von denen allerdings nur die eine solche Stärke erlangte, dass die Ueberführuug in eine Anstalt notwendig wurde. Dieser Erkrankungsfall zeigt uns also das erste Auftreten einer Chorea chronica in einer psychisch erheblich belasteten Familie und beweist, dass auch Geisteskrankheiten an und für sich als aetiologisches Moment für die Chorea chronica aufzufassen sind, worauf Hoffmann[1]) zuerst aufmerksam machte und daher den Namen Chorea hereditaria mit Chorea chronica progressiva vertauscht zu sehen wünscht. Dass hier der Bruder des Patienten als gesund bezeichnet wird, während die beiden Kinder an Convulsionen litten, ist eine bei den Neurosen und Geisteskrankheiten oft in Erscheinung tretende Thatsache. Trotzdem ist das Auftreten von Convulsionen bei 2 Neffen des Patienten wohl der Beachtung wert, da sie die Disposition zu derartigen Erkrankungen zeigen und der Vater dieser Kinder durchaus noch nicht das Alter überschritten hat, dass man annehmen könnte, er bliebe gesund, und es würde von grossem Interesse sein, später zu erfahren, ob im weiteren Verlauf der Jahre der Bruder des Patienten, dessen Anlage zu Neurosen mehr als wahrscheinlich ist, gesund bliebe oder vielleicht auch an Chorea chronica erkrankte.

Adam.

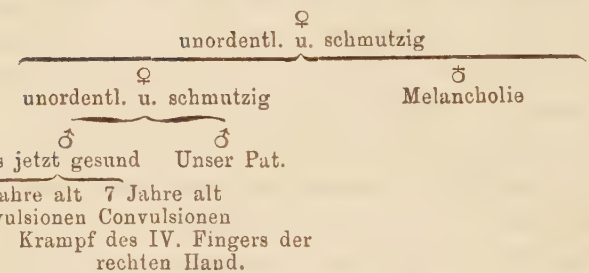


1) Virchows Arch. 111.

Schulze.



Meyer.



Noch in einem andern wichtigen Punkte bilden die beiden ersten Fälle einen Gegensatz zum dritten, nämlich in der die Chorea begleitenden Geisteskrankheit.

Bei der Patientin Adam haben wir zu Anfang der Erkrankung, ich möchte sagen, den Typus einer Manie mit Hallucinationen sowohl des Gesichtes als auch des Gehöres. Dieser maniakalische Anfall verschwand allmählich, die Kranke wurde ruhiger, nur zeigte sie sich oft noch neckisch. Ein Defect des Gedächtnisses oder der Intelligenz konnte nicht konstatiert werden, da sie oft Fragen falsch beantwortete, dabei aber verschmitzt lachte, sodass es unklar blieb, ob Patientin nicht mit Willen falsche Antworten gab. Da sie aus den niedrigsten Kreisen einer Gegend stammt, die überhaupt schon keines allzuhohen Bildungsgrades sich erfreuen soll, so ist es nicht zu verwundern, dass ihre Fähigkeit im Rechnen nicht über die leichtesten Exempel hinausgeht und hat

Patientin wohl ganz recht, wenn sie sagt: „Das habe ich in der Schule nicht gelernt.“ Sollte nun dieses Verhalten der Kranken doch noch einen Zweifel aufkommen lassen, ob die Intelligenz nicht gelitten habe, so zeigt das Gebahren der Patientin bei der letzten klinischen Vorstellung, dass dies jedenfalls nicht in höherem Masse der Fall sein kann. Dass sie die Schriftzüge ihres Mannes sofort wiedererkannte, ja dass ihre Combinationsgabe hinreichte, die unter den Brief geschriebenen Worte als die Antwort des Arztes zu erkennen, dessen Schriftzüge sie jedenfalls nie gesehen hatte, verrät eher gewissen Scharfsinn. Zugleich tritt bei dieser Vorstellung deutlich hervor, dass die Manie bedeutend nachgelassen hat; nur die geringe Erregung bei Erwähnung der Kinder ist noch als Rest der Manie zu erkennen, während die Hallucinationen gänzlich verschwunden zu sein scheinen. Späterhin geriet sie in ein meist melancholisches Stadium, das nur durch äussere Anregungen in Erregungszustände überging, sodass ein gewisser Vergleich der psychischen und motorischen Sphäre nahe liegt. Wie die motorischen Bewegungen durch Anregungen von aussen, Anreden etc. heftiger werden, so reagiert ähnlicherweise die Psyche auf Reize durch heftigere maniakalische Zustände. Auch später, im Februar ist eine Abnahme der Intelligenz nicht zu konstatieren; jedoch ist die Untersuchung sehr erheblich erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht einmal dadurch, dass die Sprache der Kranken kaum verständlich ist, zweitens weil die Patientin sich sehr abweisend verhält.

Ein ganz anderes Bild zeigt sich uns zu Anfang bei der zweiten Kranken. Bei dieser finden wir statt der Manie eine ausgesprochene Melancholie, die plötzlich eingesetzt hat und verschiedentlich zu Selbstmordversuchen führte. Dass derartige Versuche sehr häufig im Beginn der Cho-

rea chronica vorkommen, wird von vielen Autoren bestätigt. So nennt Huet[1]) als Symptom der Erkrankung: la tristesse et la dépression mentale avec tendence au suicide und als Beleg hierfür möchte ich einen Fall anführen, den Schuchardt[2]) im Jahre 1886 unter der Diagnose Paralyse mit choreatischen Bewegungen in seiner Abhandlung über Chorea und Psychose mitteilt, der jedoch ohne Zweifel als Chorea chronica progressiva aufzufassen ist.

Später sehen wir bei unserer Kranken ein ähnliches Bild, wie bei der Frau Adam; ein apathisches Wesen, das nur auf Reize von aussen vorübergehend in einen maniakalischen Erregungszustand übergeht. Ob übrigens auch diese Kranke halluciniert, ist nicht mit voller Bestimmtheit nachzuweisen. Vielleicht entspringt die Verdächtigung, ihr Mann habe sie geschlagen und deshalb sei sie ins Wasser gegangen, sowie die vor sich hin gemurmelten Worte: Oh, so'n Swien etc. aus Hallucinationen der Patientin. Ob in diesem Falle die Intelligenz herabgesetzt ist, entzieht sich durchaus der Beobachtung, da die Patientin sich zu abweisend verhält und Antworten von derselben nicht zu erhalten sind; in höherem Grade scheint dieselbe jedoch ebenfalls nicht gelitten zu haben.

Ganz anders zeigt sich wieder der III. Fall (Meyer). Hier haben wir das Bild eines sich allmählich entwickelnden Schwachsinnes, der sich jetzt schon bis zu einem sehr hohen Grade gesteigert hat. Hallucinationen, Erregungs- oder melancholische Zustände haben vollständig gefehlt. Patient ist sich von Anfang der Erkrankung bis jetzt stets gleich geblieben, nur mit steter Zunahme der Geistesschwäche.

---

1) Huet, de la chorée chronique.

2) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43.

Was ferner die choreatischen Bewegungen bei unseren Kranken anlangt, so ist zuerst im Allgemeinen auffallend, dass diejenigen der Frau Adam jetzt geringer sind als zu Anfang. Doch muss dieser, allen bisherigen Erfahrungen — wenn wir von dem einen Falle, in dem nach Gebrauch von Arsen vorübergehend Nachlassen der Bewegungen eintrat, absehen — widersprechende Umstand wohl auf Rechnung der steten monatelangen Bettruhe, bei der die Anregungen von aussen gering sind, und besonders der durch die lange Krankheit gesunkenen Kräfte geschrieben werden. Dass bei der zweiten Patientin Frau Schulze ebenfalls beim Beginn des Aufenthaltes in der Anstalt die choreatischen Bewegungen stärker waren als nachher, ist vielleicht in den psychischen Erregungen zu begründen, die in den ersten Tagen durch die ungewohnte Umgebung auf sie einwirkten. Dagegen ist bei dem Patienten eine geringe Zunahme der Bewegungen zu konstatieren. Uebrigens muss bei allen diesen Erwägungen die im Verhältnis zur langen Dauer der Krankheit immerhin nur kurze Zeit der Beobachtung berücksichtigt werden.

Vergleichen wir die Intensität der choreatischen Zuckungen bei den 3 Kranken, so fällt auf, dass dieselbe bei der maniakalischen am heftigsten, wenigstens vor ihrer hinzugekommenen Erkrankung, bei der melancholischen am geringsten ist, während die des Dementen zwischen beiden rangiert. Der Gedanke, dass diese verschiedenen Grade durch die begleitenden psychischen Erkrankungen bewirkt sind, ist wohl nicht ganz von der Hand zu weisen, da die Manie durch eine Excitation der motorischen und psychischen Sphäre, die Melancholie dagegen durch eine Depression wenigstens primär der psychischen und oft auch secundär (und so ist es in unserem Falle) der motorischen Sphäre bedingt wird, während

die Demenz die motorische Sphäre unberührt lässt. Doch muss diese Vermutung immerhin mit grossem Vorbehalt ausgesprochen werden, da erstens solche Vergleiche bei der Seltenheit der Erkrankungen schwierig angestellt werden können, besonders aber da es, nach den zwar in geringer Anzahl vorliegenden Autopsien nicht unwahrscheinlich ist, dass gerade bei der chorea chronica progressiva sich bedeutendere Veränderungen im Gehirn befinden und durch diese ein geringerer oder stärkerer Reiz auf die motorischen Centren ausgeübt werden kann und so die Bewegungen zu erklären sein würden.

Bemerkenswert sind die nach Hemiplegien und besonders bei Hemiplegia spastica infantilis auftretenden hemichoreatischen Erscheinungen. Bei beiden Krankheiten ist eine primäre Erkrankung des Gehirns und eine sich an diese anschliessende secundäre Reizung motorischer Centren die Ursache der Bewegungsstörungen. Dass die hemiplegische Chorea meistens bei Herderkrankungen in der Nähe des thalamus opticus und des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel gefunden wird, würde ein Fingerzeig sein für die vermutliche Localisation im Gehirn. Sehr interessant ist der Sectionsbefund bei einem an Chorea chronica progressiva gestorbenen Kranken, in dessen Familie durch mehr als ein Jahrhundert in jeder Generation choreatische Mitglieder vorgekommen waren. Derselbe erkrankte im Alter von 50 Jahren an Chorea und Manie. Der Obductionsbefund zeigte nicht wenig umfangreiche Resoptionshöhlen nach Erweichung des Linsenkernes.

Von mehreren Autoren wird hervorgehoben, dass bald die eine, bald die andere Körperhälfte besonders befallen sei oder dass die choreatischen Bewegungen paraplegisch aufträten. Eine bedeutendere Bevorzugung einer Seite finden wir in keinem der vorliegenden

Fälle. Bei der Adam wurde in der ersten Zeit beobachtet, dass sie bei ihrem Toben in der Zelle meist nach links hinüberfiel, nachher wurde der Gang so nach allen Seiten schwankend, dass ein besonderes Uebergewicht einer Seite nicht mehr erkannt werden konnte. Dies Hinüberfallen auf die linke Seite muss wohl durch eine stärkere Action des rechten Beines gedeutet werden, womit denn auch die im rechten Arm stärker hervortretenden Zukkungen gut überein stimmen würden. An der übrigen Musculatur konnte jedoch ein Uebergewicht der choreatischen Zuckungen der einen über die andere Seite nicht konstatiert werden. Auch bei der zweiten Kranken finden wir die Notiz, dass der rechte Arm etwas ausgiebigere Excursionen mache als der linke, doch ist dies in sehr geringem Masse der Fall. Endlich bei dem Kranken finden wir durchaus keine Bevorzugung einer Körperhälfte.

Andererseits ist jedoch sehr auffallend, dass bei allen 3 Kranken besonders die untere Extremität befallen ist. Sie zeigen sämmtlich einen Gang, wie er garnicht besser verglichen werden kann als mit dem eines Angetrunkenen, allerdings in verschiedenem Grade. Characteristisch ist das Hin- und Herschwanken nach seit- rück- und vorwärts; bald werden schnellere, bald langsamere Bewegungen gemacht, die oft den Character haben, als ob sie das Resultat plötzlicher Innervation eines oder mehrerer Muskeln wären. Da nun grade bei den beiden Frauen die Bewegungen in der übrigen Muskulatur des Rumpfes von geringer Intensität sind, während der Gang dieser Kranken höchst unsicher, ja bei starken psychischen Erregungen sogar unmöglich gemacht wird, so könnte man an einen spinalen Reizzustand denken. Dagegen finden wir bei dem dritten Kranken die Bewegungsstörungen ziemlich gleichmässig über den ganzen Körper verteilt.

Die Erscheinung, welche in der Litteratur erwähnt wird, dass die Augen von der Krankheit zuweilen mit ergriffen seien, finden wir nur in dem ersten Fall und hier auch noch undeutlich ausgesprochen. Die Bewegungen der Augenlider erfolgen nicht stossweise, wie das für die Chorea eigentümlich ist, sondern langsam in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen, sodass diese Bewegungen als nicht direct durch die Chorea bedingt anzusehen sind. Sonstige Störungen in der Innervation der Augenmuskulatur wurden nicht beobachtet. Der Bulbus blieb ruhig; die Pupille reagierte im ersten und dritten Falle sowohl bei der Accommodation als auch auf Lichteinfall prompt, während bei Frau Schulze die Reaction träge erfolgte, ein Umstand, der in der Melancholie seine Begründung finden dürfte.

Die Muskulatur des Mundes ist dagegen in allen 3 Fällen erheblich gestört. Beachtung verdient ein Umstand, der besonders im dritten Falle in Erscheinung tritt, jedoch bei den beiden andern Kranken gleichfalls besteht. Trotzdem die Intention die choreatischen Bewegungen auf ein Minimum reducirt, bei dem pp. Meyer dieselben ganz aufhebt, so wird dennoch die Zunge nur ruckweise herausgestreckt und kann nicht auf etwas längere Zeit herausgestreckt gehalten werden. Eine ähnliche Erscheinung, die wohl zum Teil auf diesen dem Willensimpuls nicht gehorchenden Zungenmuskeln beruht, andererseits durch die Kehlkopfmuskeln, welches letztere mir wahrscheinlicher ist, bedingt wird, begegnet uns in der Sprache. Nicht nur stossweise erfolgendes Herauspressen der Worte und polternde Sprache, sondern auch Wiederholungen der Silben, ähnlich dem Stottern „dieser localen Chorea im Gebiete des Vagus und Hypoglossus“ findet statt. Diesen Umstand, der einem für die Differential-Diagnose zwischen

Chorea chronica progressiva und der Chorea Sydenhami sehr wichtigen Symptome widerspricht, glaube ich mir so deuten zu dürfen, dass zur Innervation der Sprachmuskeln durch die lange Gewöhnung nur ein einmaliger Impuls, nicht eine bei jeder Veränderung in der Contraction der Muskeln von Neuem eintretende Innervation nötig ist. Gerade so wie wir, um einen uns bekannten, oft zurückgelegten Weg zu machen, nur des einmaligen Impulses bedürfen, um richtig ans Ziel zu gelangen, im Uebrigen sich aber die Bewegungen ohne jeden weiteren Willensimpuls in geordneter Weise abspielen, so bedürfen wir auch, um eine bestimmte Gedankenreihe zum Ausdruck zu bringen, ohne die betreffenden Muskeln stets bewusst wieder zu innervieren, nur des Anstosses, um das Rad ins Rollen zu bringen. Sind aber diese Erwägungen richtig, so gehorchen also die Kehlkopfmuskeln der Intention nicht, sondern die Sprache entsteht infolge einer Art Reflexes von der sensoriellen Sphäre aus. Ganz dasselbe Verhältnis würde sich bei der Atmung zeigen, die uns als stossweise ausgeführt entgegentritt. Dass die Inspiration sehr heftig und kurz ist, während die Exspiration, welche ja ohne Innervation von motorischen Muskeln vor sich geht, oft durch choreatische Bewegungen der Atem- oder vielleicht auch der Kehlkopfmuskeln unterbrochen wird, wird der obigen Vermutung zur Stütze dienen können.

Im Uebrigen sehen wir das Symptom des Nachlassens der choreatischen Bewegungen unter den Willensimpulsen bei allen 3 Kranken in deutlicher Weise, am deutlichsten aber wieder im 3. Falle. Bei den doch immer ziemlich heftig auftretenden Zuckungen der Arme vermag er dieselben mit der Bleifeder in der Hand ruhig auf dem Tische liegen zu lassen. In seinen Schriftzügen treten allerdings einige geringe Exkursionen auf, die jedoch bei der Weit-

läufigkeit des Patienten auf ein Abschweifen der Gedanken und somit auf einen Nachlass des Willensimpulses zu beziehen sein dürften. Dass der Familienname bedeutend undeutlicher und mit sehr viel zahlreicheren Excursionen der einzelnen Striche geschrieben wird, ist ein Erfolg des Antreibens von Seiten des Untersuchenden, die Feder hinzulegen, während der Patient darauf bestand, weiterzuschreiben, und der daraus entstehenden stärkeren psychischen Erregung. Auch in den Strichen, welche die Frau Schulze auf das Papier machte, finden sich kaum Ausweichungen nach der einen oder der anderen Seite, sodass auch bei ihr deutlich das Nachlassen der choreatischen Bewegungen uns entgegentritt. In derselben Weise finden wir in der Krankengeschichte andere Belege für obige Erscheinung, so z. B. dass der Kranke sich mit ziemlicher Leichtigkeit den Rock zuknöpft. Dass sich die Kranke Adam nicht selbst anziehen kann, liegt in der begleitenden körperlichen und psychischen Erkrankung begründet.

Im Uebrigen finden wir im Grossen und Ganzen dieselben Symptome, wie sie oben angegeben sind. Die Patellarsehnenreflexe sind überall stark erhöht. Dieses Phänomen führen wir der Erb'schen Ansicht folgend, die durch andere Kliniker auch experimentell begründet ist, auf eine Erhöhung der Reflexerregbarkeit zurück. Verallgemeinern wir diese Beobachtung, so kann man abweichend von der oben ausgesprochenen Meinung, dass die Bewegungsstörungen durch directe Reizung der motorischen Centren hervorgerufen würden, auf den Gedanken kommen, dass auch die übrigen motorischen Erscheinungen das Resultat der leichteren Auslösbarkeit der Reflexe sei. Dass nun die Bewegungen im Schlaf aufhören, während dessen die Ursachen, welche Reflexe erzeugen, ausge-

schaltet sind, ebenso dass die Bewegungen unter dem Einfluss der motorisch - sensoriellen Sphäre geringer werden, ist wiederum eine Stütze der Vermutung, dass die choreatischen Bewegungen Reflexbewegungen seien, die allerdings durch sehr geringe Anregung von aussen zustande kommen müssten. Dass die Sensibilität in allen 3 Fällen herabgesetzt ist, halte ich für eine Folge der psychischen Erkrankungen. Im dritten Falle würde dann die entschiedene Abnahme der Sensibilität auf einer Zunahme der Demenz beruhen. Dass unter den bis jetzt vorliegenden Aufzeichnungen das Herz als stets intakt gefunden wurde, bestätigen auch die vorliegenden Beobachtungen. Die Gliederschmerzen, welche bei der Frau Schulze kurz vor der Erkrankung auftraten und eine höhere Intensität gehabt zu haben scheinen, sind nach den Angaben der behandelnden Aerzte als Gelenkrheumatismus aufzufassen. Diese Erkrankung als aetiologische Ursache der Chorea chronica progressiva anzunehmen, widerspricht allen sonstigen Angaben, und muss man den Rheumatismus, solange nicht andere diesbezügliche Beobachtungen vorliegen, als eine nicht mit der Chorea in Zusammenhang stehende Krankheit ansehen. Noch eine andere Erscheinung verdient die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, nämlich die bedeutende Herabsetzung der Pulsfrequenz, die bei dem Patienten sich in den ersten Wochen zeigte, während der Puls später wieder zur Norm zurückkehrte.

Der Urin zeigte bei allen 3 Kranken keine Abnormität. Sowohl in den Brust- als auch in den Bauchorganen konnten keine Abweichungen von der Norm festgestellt werden, abgesehen von der accidentellen Erkrankung der Frau Adam.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Ludwig Meyer, Direktor der Provincial-Irren-Anstalt zu Göttingen für die freundliche Ueberlassung des Materials, sowie für die Unterstützung, die derselbe bei der Anfertigung obiger Arbeit mir hat zu Teil werden lassen, meinen wärmsten Dank auszusprechen.